

Hospital Provincial Universitario "Arnaldo Milián Castro"

ARTÍCULO CLÁSICO

Hacia los 120 años. Prevalencia de factores de riesgo de enfermedad cerebrovascular después de 65 años de edad

Dr. Rafael Emilio Espinosa González¹

Dr. Mario Enríquez Sánchez Benítez²

Dra. Lisette Ortega Romero³

Dra. Lisbette Abreu Perez⁴

Lic. Matilde Sánchez Otero⁵

Dra. Yanet Marín Valera⁶

RESUMEN

Una de las metas de la salud pública cubana es lograr que nuestra población alcance los 120 años de edad con la mejor calidad de vida posible. Con el objetivo de disminuir la incidencia de una de las enfermedades que más afectan al paciente geriátrico, las cerebrovasculares, y conociendo sus factores de riesgo, realizamos este estudio descriptivo de corte transversal; el universo estuvo constituido por la totalidad de la población mayor de 65 años del municipio Santa Clara en el año 2006, de la cual se obtuvo una muestra de 2 972 pacientes a los que se les aplicó una encuesta sobre los factores de riesgo vasculares según la clasificación internacional de enfermedades cerebrovasculares, el grupo de edad predominante en ambos sexos fue el de 80-84 años, la hipertensión arterial tuvo una prevalencia de 441 por 1 000 habitantes, padecían enfermedades cardíacas 838 personas (281 por 1 000 habitantes), las cerebrovasculares tuvieron una prevalencia de 159 por 1 000 habitantes y el hábito de fumar de 169 por 1 000 habitantes.

DeCS:

TRASTORNOS CEREBROVASCULARES

GERIATRIA/estadística & datos

numéricos

FACTORES DE RIESGO

CALIDAD DE VIDA

ESTUDIOS TRANSVERSALES

EPIDEMIOLOGIA DESCRIPTIVA

SUMMARY

One of the proposed goals in the Cuban Health Care System is that the Cuban population could reach a life span of 120 years with the best standard of living. With the aim of diminishing the incidence of cerebrovascular disease, which is one of the illnesses of greatest impact in geriatric patients, and knowing its risk factors, we carried out this transversal-descriptive study. The universe of the study was formed by the whole population above 65 years of age in the municipality of Santa Clara in 2006. The sample was formed by 2 972 patients, that were submitted to a general survey about vascular risk factors according to the International Classification of cerebrovascular diseases. The predominant age group in both sexes was 80 to 84 years old. High blood pressure had an incidence of 441 per 1 000 inhabitants and 838 suffered from cardiac diseases for a prevalence of 281 per 1 000 inhabitants as well. Cerebrovascular diseases presented an incidence of 159 per 1 000 inhabitants. Concerning smoking habits the incidence was 169 per 1 000 inhabitants.

MeSH:

CEREBROVASCULAR DISORDERS

GERIATRICS/statistics & numerical data

RISK FACTORS

QUALITY OF LIFE

CROSS-SECTIONAL STUDIES

EPIDEMIOLOGY, DESCRIPTIVE

INTRODUCCIÓN

Alargar la vida humana ha sido el deseo del hombre a lo largo de su historia. Los relatos bíblicos permiten concluir que en los primeros tiempos cierto número de personas alcanzaron una edad extraordinariamente avanzada: esta remota y supuesta época áurea, sin guerras ni enfermedades, concibió longevidades como las de Adán (930 años), Matusalén (969) o Noé (950), pero ya los últimos libros del antiguo testamento citan una franca disminución de las cifras (Moisés: 120 años).¹

En el antiguo imperio grecorromano Marco Tulio Cicerón, en su obra "De Senectute", expone sus ideas de la vejez en la voz de Catón, un anciano de 84 años, que rebate las objeciones de dos jóvenes contra la consecución de una edad avanzada. En la Edad Media solo el 12% de la población llegaba a los 62 años, y los comienzos de la Edad Moderna marcan una tendencia favorable en la expectativa de vida, que adquiere un ritmo exponencial en la segunda mitad del pasado siglo, pues se incrementa a 80 años para los países más desarrollados.¹

En Cuba la expectativa de vida es de 77 años y, en Villa Clara, de 78,2; nuestra provincia es la más envejecida del país pues, en la actualidad, aproximadamente 153 768 personas tienen más de 60 años, lo que constituye el 18,7% de su población y, en Santa Clara, 123 000 (17%) pertenecen a este grupo etario.²

Para el mundo científico prolongar la vida humana trae aparejado mantener la salud y para ello debe tener presente el principio ético por el cual dicho desafío no sea una conquista en sí mismo; estamos enfrentados a una población añosa en evidente crecimiento, con exigencias propias que no pueden desconocerse, y debemos asegurarnos de que el alto costo necesario para llegar a viejo se vea compensado con una calidad de vida adecuada.

Las enfermedades cerebrovasculares (ECV) constituyen uno de los problemas de salud de mayor importancia en el mundo desarrollado y también en nuestro país, donde son la tercera causa de muerte, superadas solo por las afecciones cardiovasculares y el cáncer; entre el 50-70% de los casos quedan con secuelas, alrededor de un tercio de los sobrevivientes de un *ictus* son incapaces de valerse por sí mismos y aproximadamente el 75% pierde sus facultades para reincorporarse al trabajo: se considera que es la enfermedad neurológica invalidante de mayor prevalencia en la población adulta de más de 65 años.²⁻⁵

Se han realizado grandes avances en los últimos tiempos en los campos diagnóstico y terapéutico, pero los países que han logrado disminuir la morbilidad y la mortalidad por estas enfermedades lo han hecho basados en el control de los factores de riesgo.⁶

Una de las metas de la Salud Pública Cubana es lograr que nuestra población alcance los 120 años de edad, lo que nos motivó a realizar esta investigación para conocer cómo se comportan los principales factores de riesgo cerebrovascular en nuestra población de más de 65 años.¹

MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal; el universo estuvo constituido por la totalidad de la población mayor de 65 años del municipio Santa Clara en el año 2006 (más de 23 000 habitantes), de los que se obtuvo una muestra de 2 972 enfermos a los cuales se les aplicó una encuesta sobre los factores de riesgo vasculares según la clasificación internacional de ECV, previa obtención de su consentimiento informado. Como medidas epidemiológicas para probar la asociación de los factores de riesgo se utilizaron la prevalencia y el Odds Ratio (OR) con su intervalo de confiabilidad (IC) para el 95%. Se utilizó además, como medida de tendencia central, la media aritmética de la edad y la media de años para los casos

que poseen el factor de riesgo. Los resultados se resumieron en forma de cuadros, mediante frecuencias absolutas. Para el procesamiento de la información se utilizó el paquete estadístico SPSS versión 11.5 para Windows.

RESULTADOS

El grupo de edad predominante en ambos sexos fue el de 80-84 años (tabla 1). La hipertensión arterial (HTA) tuvo una prevalencia de 441 por 1 000 habitantes (tabla 2) y se presentó en 274 pacientes con antecedentes de ECV (tabla 3); padecían enfermedades cardíacas 838 personas (281 por 1 000); con enfermedades cerebrovasculares 159 por 1 000 y con el hábito de fumar 169 por 1 000 habitantes.

Tabla 1. Distribución de la muestra según edad y sexo

| Edad | Sexo | | | | Total | |
|--------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|--------------|
| | Masculino | | Femenino | | Fr | % |
| | Fr | % | Fr | % | | |
| 65 – 69 | 268 | 14.5 | 158 | 14.0 | 426 | 14.3 |
| 70 – 74 | 329 | 17.8 | 200 | 17.7 | 529 | 17.8 |
| 75 - 79 | 360 | 19.5 | 231 | 20.5 | 591 | 19.9 |
| 80 – 84 | 368 | 19.9 | 239 | 21.2 | 607 | 20.4 |
| 85 – 89 | 285 | 15.4 | 171 | 15.2 | 456 | 15.3 |
| 90 y más | 235 | 12.7 | 128 | 11.4 | 363 | 12.2 |
| Total | 1845 | 62.1 | 1127 | 37.9 | 2972 | 100.0 |

Tabla 2. Prevalencia de factores de riesgo en el adulto mayor

| Factores de riesgo | Positivos | Negativos | Edad media * | Prevalencia estimada | IC para el 95% de confiabilidad |
|---------------------------|-----------|-----------|--------------|----------------------|---------------------------------|
| Hipertensión arterial | 1 312 | 1 660 | 78 | 441/1 000 | 423.6–459.3 |
| Accidente cerebrovascular | 473 | 2 499 | 81 | 159/1 000 | 150.0–170.0 |
| Diabetes mellitus | 429 | 2 543 | 78 | 144/1 000 | 130.0–160.0 |
| Enfermedades del corazón | 838 | 2 134 | 80 | 281/1 000 | 271.3–300.9 |
| Colesterol alto | 185 | 2 737 | 76 | 62/1 000 | 53.0–70.0 |
| Alcoholismo | 109 | 2 863 | 75 | 36/1 000 | 32.9–39.6 |
| Hábito de fumar | 504 | 2 468 | 77 | 169/1 000 | 150.0–180.0 |

* Edad media para los casos positivos de factor de riesgo

Tabla 3. Prevalencia de factores de riesgo para enfermedad vascular cerebral en el adulto mayor

| Factores de riesgo | Con ECV | Sin ECV | Prevalencia | Riesgo OR | IC al 95 |
|--------------------------|---------|---------|-------------|-----------|-------------|
| Hipertensión arterial | 274 | 1 038 | 20.88 | 1.93 | 1.58–2.36 * |
| Enfermedades del corazón | 198 | 640 | 23.62 | 2.09 | 1.70–2.56 * |
| Diabetes mellitus | 89 | 340 | 20.74 | 1.47 | 1.13–1.90 * |
| Hábito de fumar | 77 | 423 | 15.40 | 0.95 | 0.73–1.24 |
| Colesterol alto | 41 | 144 | 22.16 | 1.55 | 1.08–2.22 * |
| Alcoholismo | 14 | 95 | 12.84 | 0.77 | 0.43–1.36 |

* **Riesgo significativo:** cuando el valor 1 no está incluido en el intervalo de confianza

DISCUSIÓN

La edad es el factor de riesgo no modificable de mayor peso específico; se sabe que la incidencia de ECV aumenta exponencialmente con la edad y que la mayor incidencia de *ictus* ocurre en personas mayores de 65 años, que se duplica cada década a partir de los 55.⁷ La HTA es el factor de riesgo modificable de mayor peso específico en la prevención primaria de las ECV, está identificada como el principal factor de riesgo para el *ictus* trombótico y la hemorragia cerebral y asociada a la cardiopatía isquémica y a otras enfermedades cardiovasculares. La prevalencia de la HTA aumenta con la edad y el riesgo de *ictus* se incrementa proporcionalmente al aumento de la tensión arterial.⁸⁻¹³ Las cardiopatías son responsables del 25% de las ECV (36% en ancianos), principalmente a expensas de la fibrilación auricular; su prevalencia aumenta exponencialmente con la edad: del 6-10% en la población mayor de 65 años y el 30% en los individuos mayores de 80 años. La diabetes se asocia a la enfermedad arterial sistémica en todas sus expresiones: cardiopatía isquémica, arteriopatía de miembros inferiores y enfermedad cerebrovascular. Un estudio efectuado en Hawaii, *The Honolulu Heart Program*, demostró que grados superiores de intolerancia hidrocarbonada se relacionaban con riesgo creciente de *ictus*, de forma independiente a la presencia o no de otros factores de riesgo vascular y los niveles de glicemia mantenidos fueron de mayor peso que el tiempo de evolución de la enfermedad; la diabetes incrementa el riesgo de *ictus* de 1,53 a 3 veces. Factores menos específicos se consideran el colesterol elevado, el alcoholismo y el hábito de fumar.¹³⁻²⁰

El grupo de edad predominante en nuestro estudio, en ambos sexos, fue el de 80-84 años y los factores de riesgo más frecuentes en esta población fueron la hipertensión arterial, las cardiopatías y el hábito de fumar. Al comparar la población que padece enfermedad cerebrovascular con la supuestamente sana se encontró significación estadística para la hipertensión arterial, la cardiopatía, la diabetes mellitus y el colesterol elevado (tablas 1-3).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Selman-Hosein Abdo E. Algunos elementos para lograr longevidad satisfactoria. La Habana: CIMEQ; 2003. p. 28-30.
2. Anuario Estadístico de Salud Pública. Área de Higiene y Epidemiología. Unidad de Análisis y Tendencia de Salud. Ciudad de la Habana: MINSAP; 2005.
3. Ropper AH, Brown RH. Cerebrovascular diseases. In: Ropper AH, Brown RH, Adams RD, Victor M. Principles of Neurology. 8va ed. New York: Mc Graw-Hill Interamericana; 2005. p. 660-74.
4. Martí Vilarta JL. Concepto y clasificación de las enfermedades cerebrovasculares. En: Castillo Sánc J, Álvarez Sabín J, Martí Vilarta JL, Martínez Vila F, Matías Guiu J. Manual de enfermedades vasculares cerebrales. 2^{da} ed. Barcelona: Proas Science; 2005. p. 26-32.
5. Miranda JA, Ricardo M, Fernández T, Rubio N, Gutiérrez J, Bolaños S. Enfermedades cerebrovasculares isquémicas. En: Enfermedades cerebrovasculares. Santiago de Cuba: Editorial Oriente; 2004. p. 104-37.
6. Orbiagele B, Kidwell C, Saber J. Epidemiological impact in the USA of a tissue-based definition of TIA. *Stroke*. 2003;34:919-24.
7. Purroy F, Montaner J, Delgado P, Ribo M, Arenillas J. Factores clínicos predictores de la aparición de episodios vasculares tras un ataque isquémico transitorio. *Rev Neurol*. 2004;38(5):416-21.
8. Gil-Núñez A, Vivancos-Mora J. Tratamiento específico del ictus en la mujer. *Rev Neurol*. 2003;37(9):849-59.
9. Camerota A. La prevención invasiva de la apoplejía es riesgosa para las mujeres. *Hosp Medical*. 2005;24(5):17.

10. Morgenstern L. Fewer women than men Screened for Stroke. *Medical Imaging International*. 2005; 15(4):8.
11. Miranda J, Suárez D. Atención y seguimiento ambulatorio del paciente con enfermedad cerebrovascular. En: Miranda J. *Enfermedades cerebrovasculares*. Santiago de Cuba: Editorial Oriente; 2004. p. 295–303.
12. Rojas Portes M. Prevalencia de HTA. *Rev electrón Portales Méd*. 2006; 17(1): 1-5.
13. Programa Nacional de Prevención y Control de las Enfermedades Cerebrovasculares. La Habana: MINSAP; 2000.
14. Leciñana-Cases M, Pérez G, Díez-Tejedor E. Recomendaciones para el tratamiento y prevención del ictus 2004. *Rev Neurol*. 2004; 39(5): 465-486.
15. Durazzo TC. Smoking intensifies alcohol-Induced Brain Damage. *Med Imag Intern*. 2005; 15(2): 6.
16. Orbiagele B, Kidwell C, Saber J. Epidemiological impact in the USA of a tissue-based definition of TIA. *Stroke*. 2003; 34: 919–924.
17. Purroy F, Montaner J, Delgado P, Ribo M, Arenillas J. Factores clínicos predictores de la aparición de episodios vasculares tras un ataque isquémico transitorio. *Rev Neurol*. 2004; 38(5): 416–421.
18. Hankey GJ. Secondary prevention of recurrent stroke. *Stroke*. 2005; 36: 218.
19. Broderick JP, William M. Feinberg lecture: stroke therapy in the year 2025. Burden, breakthroughs, and barriers to progress. *Stroke*. 2004; 35: 205-11.
20. Mehta NN, Greenspon AJ. Atrial fibrillation. Rhythm versus rate control. *Geriatrics*. 2003; 58: 39-44.

DE LOS AUTORES

1. Especialista de I Grado en Neurología y en Medicina General Integral. Profesor Instructor. ISCM-VC.
2. Especialista de I Grado en Geriatria y en Medicina General Integral. Master en Longevidad Satisfactoria.
3. Especialista de I Grado en Bioestadística y en Medicina General Integral. Profesora Instructora. ISCM-VC.
4. Especialista de I Grado en Medicina General Integral y en Psiquiatría Infanto Juvenil. Master en Bioética. Profesora Instructora.
5. Lic. en Rehabilitación Social y Ocupacional.
6. Residente en Medicina General Integral.